UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

N° 7

# LA COMPLICATION PSEUDO-RHUMATISMALE DE LA DYSENTERIE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 19 Décembre 1914**

PAR

Mlle DOBROVOLSKY

Née à Schichkan (Russie), le 29 juin 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

**Examinateurs de la Thèse**

CARRIEU, professeur, *Président.*
GRANEL, professeur.
GALAVIELLE, agrégé } *Assesseurs*
LAGRIFFOUL, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 7

# LA COMPLICATION PSEUDO-RHUMATISMALE DE LA DYSENTERIE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Décembre 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Mlle DOBROVOLSKY

Née à Schichkan (Russie), le 29 juin 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

**Examinateurs de la Thèse**

CARRIEU, professeur, *Président.*
GRANEL, professeur.
GALAVIELLE, agrégé
LAGRIFFOUL, agrégé.

*Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson
1914

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique chirurgicale . . . . . | MM. TEDENAT (✻). |
| Clinique médicale . . . . . | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv. | MAIRET (✻). |
| Physique médicale . . . . . | IMBERT (✻). |
| Botanique et hist. nat. méd . . . . . | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale . . . . . | FORGUE (✻) |
| Clinique ophtalmologique. . . . . | TRUC (O. ✻). |
| Chimie médicale. . . . . | VILLE. |
| Physiologie . . . . . | HEDON. |
| Histologie . . . . . | VIALLETON. |
| Pathologie interne . . . . . | DUCAMP. |
| Anatomie . . . . . | GILIS (✻). |
| Clinique chirurgicale infantile et orthop. | ESTOR. |
| Microbiologie . . . . . | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie . . . . . | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants . . . . | BAUMEL (✻). |
| Pathologie et thérapeutique générales . . | BOSC. |
| Hygiène . . . . . | BERTIN-SANS (H.) |
| Clinique médicale. . . . . | RAUZIER (✻). |
| Clinique obstétricale . . . . . | VALLOIS. |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . | VIRES. |
| Anatomie pathologique . . . . . | N... |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
*Doyen honoraire :* M. VIALLETON
*Prof. hon.:* MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻), GRASSET (O ✻)
*Secrétaire honoraire :* M. GOT

## Chargés des Cours Complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique gynécologique. . . . . | MM. DE ROUVILLE, prof. adj. |
| Accouchements. . . . . | PUECH, prof. adj. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . | MOURET, prof. adj. |
| Pathologie externe . . . . . | LAPEYRE, a. l. (ch de c.) |
| Clinique des malad. des voies urinaires. | JEANBRAU (✻), a. l. (ch de c.) |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutan. | VEDEL, agr. l. (ch. de c.) |
| Médecine opératoire. . . . . | SOUBEYRAN, a. l. (c. c. |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. | EUZIERE, agrégé. |
| Accouchements. . . . . | P. DELMAS, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE | MM. RICHE | MM. J. DELMAS |
| GRYNFELTT | CABANNES | RIMBAUD |
| LAGRIFFOUL | DERRIEN | ROGER |
| LEENHARDT | P. DELMAS | ETIENNE |
| GAUSSEL | MASSABUAU | LISBONNE |
| | EUZIÈRE | |

## Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *professeur, présid.* | MM. GALAVIELLE, *agrégé.*
GRANEL, *prof. adj.* | LAGRIFFOUL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON CHER PÈRE ET A MA CHÈRE MÈRE

*Témoignage de profond amour filial.*

A MES SŒURS ET FRÈRES BIEN AIMÉS

AU CHER DOCTEUR WOLYNETZ

*Faible témoignage de profonde sympathie.*

A MES EXCELLENTS AMIS

PASCALIDÈS ET NINTA SILBERSTEIN

M^lle^ DOBROVOLSKY.

A MON MAITRE ESTIMÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

*Hommage de vive reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAGRIFFOUL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GALAVIELLE

*Qui m'ont fait l'honneur de faire*
*partie du jury de ma thèse.*

Mlle DOBROVOLSKY.

# LA COMPLICATION
# PSEUDO-RHUMATISMALE
## DE LA DYSENTERIE

---

### INTRODUCTION

On peut dire que les complications rhumatismales observées dans le syndrome dysentérique ne sont qu'un épisode de la lutte de l'organisme contre l'infection.

Les arthropathies dysentériques étaient connues, dès les premiers temps de la médecine; Hippocrate les avaient vues. Depuis, elles formèrent, dans certaines épidémies, un symptôme assez frappant pour que Trousseau décrivît une forme rhumatismale de la dysenterie, et que Stoll ait envisagé cette affection comme le rhumatisme de l'intestin. Mais nous devons voir, au-delà de l'étude clinique, la manifestation qui nous fait mieux comprendre une loi générale, en expliquant d'une part cette manifestation comme un cas particulier, qui se retrouve dans l'étude des nombreuses maladies infectieuses, et qui permet, de l'autre, d'éclairer la pathogénie du rhumatisme, au moins en partie.

Ceci, de nombreuses infections nous l'ont déjà démontré, et plus particulièrement la scarlatine, la grippe, la fièvre

de Malte, les oreillons, la dothiénentérie et la tuberculose.

Ainsi, le syndrome dysentérique affirme par des symptômes douloureux et articulaires une règle déjà proposée.

Ici, comme ailleurs, il y a gradation dans ses manifestations, et c'est aux réactions diverses de moelle osseuse du muscle et de l'articulation que nous devons nous rapporter, pour nous expliquer un fait ajouté aux allures cliniques habituelles de la maladie.

Les toxines émises par le bacille ou par le parasite ont cependant une action élective, suivant le cas. C'est ainsi que la scarlatine détermine plus fréquemment des arthropathies, alors que la rougeole en est exempte le plus souvent. D'autre part, l'érésypélateux convalescent souffre, soit de douleurs passagères, soit de véritables atteintes articulaires.

D'un autre côté, nous ne pouvons pas encore déterminer la part que la défense de l'organisme ou son intoxication prend pour situer l'époque, où évoluera la complication. Ainsi la variole, la grippe et la fièvre jaune débutent par un lumbago si violent qu'il devient un des symptômes les plus caractéristiques du début de ces infections. De même, il est difficile d'expliquer avec précision la violence d'un rhumatisme infectieux, sans que l'on puisse établir un rapport entre la gravité de l'affection et l'arthropathie qu'elle engendre.

Dans la dysenterie, et nos observations nous le démontreront, nous voyons la toxémie spécifique agir sur l'élément musculaire aussi bien que sur l'article, et cela depuis les formes bénignes, comme les entérites dysentériformes, jusqu'aux formes moyennes et graves dérivant du bacille de Shiga (nous bornant à étudier les dysenteries bacillaires que nous présentent nos observations).

Cependant, les arthropathies et les douleurs rhumatismales ne semblent pas proportionnées à l'intensité de l'infection, et leur moment semble plutôt celui où le malade va devenir un convalescent, à moins que ce ne soit quelques jours après l'atténuation des symptômes de l'affection, ou peu après la guérison.

C'est à la description et à l'analyse de tous ces faits que nous désirons consacrer ce travail, en étudiant la pathogénie, l'évolution clinique et enfin le traitement de cette complication de la dysenterie.

Avant de commencer cette étude, nous tenons à remercier M. le professeur Carrieu, qui nous a indiqué le sujet de cette thèse, et nous a permis de recueillir dans son service de précieuses observations et l'honneur que nous a fait ce maître aimé de présider notre thèse.

Nous n'oublierons pas de quelle utilité nous fut son enseignement, et nous le prions d'accepter l'hommage de toute notre gratitude. Nous garderons toujours le meilleur souvenir des heures passées dans le service de M. le professeur Carrieu, et nous tenons à l'assurer de notre respectueuse sympathie. Qu'il nous soit permis de lui rappeler combien nous restons touchée du cordial accueil qu'il nous a toujours fait.

Nous remercions M. le professeur Granel qui a toujours été si aimablement bienveillant avec nous et nous prions M. le professeur de vouloir bien agréer l'expression de nos sentiments les plus respectueux et de notre vive reconnaissance.

Nous remercions MM. les professeurs agrégés Lagriffoul, Galavielle et Cabanes de l'obligeance qu'ils nous ont marquée dans le cours de nos études, et nous leur savons gré de tout ce que nous devons à leur enseignement.

## HISTORIQUE — ETUDE CLINIQUE

Les arthropathies dysentériques ont été observées dès les premiers temps de la médecine. Hippocrate les avait vues et signalées. Mais il faut arriver à Trousseau pour en avoir une description exacte. Ce dernier avait été frappé de l'importance prise par cette complication dans certaines épidémies de dysenterie. Aussi Stoll en exagéra-t-il l'importance, en décrivant cette affection comme le rhumatisme de l'intestin.

Il faut arriver à la période contemporaine pour trouver une confirmation de cause à effet qui unit à la dysenterie ces attaques rhumatismales, qui apparaissent lorsque le malade semble guéri et se trouve en pleine convalescence. Le fait, a fait, penser, à Kelsh, et, Kiener, qu'elles pourraient coïncider avec la suppression brusque des phénomènes intestinaux. On les trouve signalées dans le travail de Dopter sur les dysenteries, dans les *Précis de pathologie exotique* de Le Dentec, de Janselme et Rist (1909).

Enfin, pour ne citer que les plus importants, nous signalerons les mémoires de Lunn et de Low, parus l'un et l'autre en 1914.

La complication rhumatismale, qui apparaît au moment où les phénomènes dysentériques paraissent amendés, présente, à l'étude clinique, des phénomènes locaux et une répercussion sur l'état général du malade. Les douleurs, les arthropathies, la fièvre en sont les principaux symp-

tômes et c'est à leur analyse que nous demanderons de nous faire voir les particularités qui les distinguent du rhumatisme franc.

Le siège des douleurs se trouve dans les os et les muscles, aussi bien que dans les articulations. Le dysentérique peut être atteint uniquement de torticolis ou de lumbago; il peut ressentir une violente douleur le long de la crête tibiale, par exemple, sans qu'une autre manifestation se produise jusqu'à la complète guérison. L'articulation, surtout, peut être immobilisée par de violentes douleurs, sans que l'on remarque d'autres signes de l'affection.

Le caractère de ces douleurs semble varier d'un malade à l'autre: tantôt fugaces et superficielles, tantôt profondes et prolongées. Mais elles ne résistent jamais plus d'un mois ou deux, au maximum, à l'influence du traitement.

Elles peuvent envahir un ou plusieurs muscles et être mono ou poly-articulaires; celà ne renforce point leur malignité.

Mais si elles constituent souvent le seul symptôme de la complication, elles apparaissent dans les arthropathies véritables, qui sont la forme la plus fréquente du rhumatisme dysentérique.

Comme dans une atteinte de rhumatisme franc, nous voyons alors l'articulation devenir le siège de phénomènes inflammatoires et douloureux. Le genou, le cou-de-pied et le poignet sont les plus communément atteints.

La peau devient rouge, sensible; l'articulation s'empâte et se tuméfie, en bloc le plus souvent, mais quelquefois d'un seul côté, comme nous le démontre notre observation V, où la malléole seule présentait du gonflement.

Enfin, les douleurs spontanées sont plus vives, prennent un caractère de fixité, assez net, que la moindre pression

exagère si elles se trouvent liées à une véritable arthropathie. A ce sujet, Trousseau s'exprime ainsi: « Quelquefois les accidents se localisent dans un seul point, et il m'a semblé que les genoux en étaient le plus souvent le lieu d'élection. La fluxion rhumatismale articulaire, d'ordinaire assez passagère, ou du moins peu profonde, est, en quelques cas, persistante et portée à un tel degré qu'on a vu l'épanchement synovial devenir assez considérable pour occasionner la rupture de la capsule. Le plus souvent, les accidents rhumatismaux sont erratiques, attaquant tantôt une partie, tantôt une autre. » Ces quelques lignes résument admirablement l'aspect de ce rhumatisme. En effet, sauf exception, l'épanchement est médiocre et se résorbe au bout de quelques jours de traitement. Nous devons ajouter que, le plus souvent, on voit plusieurs articulations se prendre les unes après les autres et que, rarement, l'atteinte est mono-articulaire.

Ces phénomènes locaux sont accompagnés de fièvre, mais elle leur est parallèle dans son intensité, ce qui fait qu'à des arthropathies légères ou médiocres correspond une température qui ne dépasse guère 38 à 39 degrés et dont la durée se trouve limitée aux trois ou quatre premiers jours de la complication.

D'après ces données, nous pouvons conclure que l'évolution de ce rhumatisme est courte et bénigne. Sous l'influence du traitement, on voit rétrocéder tous les symptômes et la seule complication cardiaque que l'on puisse redouter est plutôt rare. Encore faudrait-il en accuser plutôt la toxémie dysentérique et y voir une complication de l'affection n'ayant point, avec le rhumatisme, un rapport essentiel.

Il est intéressant de rapprocher de ces manifestations ce qui se passe dans la scarlatine au point de vue articu-

laire; en un mot, de comparer aux complications rhumatismales de la dysenterie le rhumatisme scarlatin. Celui-ci présente, en effet, une allure clinique qui le rend, par plus d'un point, analogue à ce que nous venons d'étudier. Aussi nous paraît-il utile de donner, en quelques mots, les points essentiels qui nous autorisent à cette comparaison d'autant plus que, lorsque nous aborderons le chapitre de la pathogénie, ces considérations nous apparaîtront dans toute leur importance.

Comme dans la dysenterie, la complication rhumatismale que l'on observe au cours des fièvres scarlatineuses est, d'habitude, très atténuée et de courte durée. Elle en diffère surtout par le moment de son apparition, qui se fait pendant la maladie, alors que c'est pendant la convalescence qu'évolue le rhumatisme dysentérique; cependant son intervention peut être, suivant les cas, précoce ou tardive; le plus souvent ce sont les genoux, les poignets et les doigts qui sont pris. On peut constater, ainsi que l'a fait M. Roger, des arthropathies précoces qui surviennent le second ou le troisième jour de l'éruption, pouvant même, d'après M. Ester, se montrer avant l'éruption. Elles se localisent particulièrement aux phalanges, aux poignets, plus rarement aux genoux. D'ordinaire, elles guérissent rapidement. Les arthropathies tardives, plus rares, qui commencent du dix-neuvième au vingt-huitième jour, frappent les genoux, les épaules et guérissent en une semaine environ.

Parmi les types que présente le rhumatisme scarlatin, on peut distinguer la forme arthralgique éphémère, la forme d'arthrite avec épanchement et, enfin, le type suppuré. Les deux premiers sont les plus communs. Analogie qu'il convient de rapprocher du rhumatisme dysentérique. L'épanchement se manifeste par de la tuméfaction et une

distension articulaire. Par contre, la forme arthralgique amène la région malade à l'impotence douloureuse sans modifications visibles. Enfin, si l'on observe quelques formes traînantes, l'évolution de ce type séreux est, en général, bénigne. Il semblerait donc que cette description soit calquée sur celle qui définit la complication rhumatismale dysentérique s'il ne fallait pas signaler les cas d'arthrites graves de la scarlatine, que l'on voit quelquefois chez l'enfant et qui seraient susceptibles d'amener d'importantes déformations osseuses, et le type suppuré qui peut succéder à une arthropathie séreuse ou s'installer d'emblée; mais ce dernier est très rare.

Nous verrons, plus loin, que la pathogénie et le traitement du rhumatisme scarlatin permettent d'établir, avec le rhumatisme dysentérique, un utile parallèle qui permet de mieux les interpréter, l'un et l'autre, en vue d'une thérapeutique plus efficace.

---

## OBSERVATIONS

### Observation Première

(Toutes les observations qui suivent ont été prises dans le service de M. le professeur Carrieu).

P. D..., âgé de 45 ans, entre à l'Hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur Carrieu, le 30 octobre 1914, avec des symptômes de dysentérie aiguë.

Ce malade n'est jamais allé aux colonies, n'a jamais eu d'atteintes antérieures de dysenterie. On ne retrouve, dans ses antécédents, que la fièvre typhoïde, en 1907.

Au premier examen, le ventre paraît douloureux, sur-

tout au niveau de la fosse iliaque gauche. Depuis le début de l'infection, qui remonte à une semaine, les selles sont fréquentes (30 par vingt-quatre heures), mélangées de sang, accompagnées d'épreintes et de ténesme. La température oscille entre 38 degrés et 37°5. Le pouls est bon.

La séro-réaction et l'examen des fèces donnent des résultats négatifs.

Sous l'influence du traitement par l'émétine, à la dose de 0 gr. 02 par jour en injection, les douleurs s'atténuent, les selles diminuent de fréquence et, le 1er novembre 1914, sont au nombre de 16 par vingt-quatre heures. A ce moment, la température s'élève légèrement (38°5) pour redescendre, en trois jours, aux environs de la normale.

L'amélioration est de plus en plus nette, lorsque, le 8 novembre, le malade, qui n'a pas d'antécédents rhumatismaux, présente une enflure de l'articulation radio-carpienne gauche; le dos de la main rougit, se tuméfie et devient douloureux.

La température est normale, les symptômes dysentériques ont à peu près disparu.

En même temps que le traitement antidysentérique, le salicylate de méthyle à l'extérieur, le salicylate et le bicarbonate de soude à l'intérieur sont employés contre cette complication, qui guérit rapidement.

### Observation II

P..., sapeur au 1er génie, âgé de 21 ans, entre à l'Hôpital Suburbain, le 9 octobre 1914, dans le service de M. le professeur Carrieu.

Les symptômes de dysenterie aiguë qu'il présente ont débuté quatre jours avant son arrivée à l'hôpital.

Rien de particulier ne mérite d'être signalé dans ses antécédents.

A l'examen, le ventre est douloureux; les selles sanglantes, se répétant tous les quarts d'heure. Les coliques, le ténesme et les épreintes dont il souffre sont très accentués. Température : 38 degrés.

Le séro-diagnostic est positif.

Sous l'influence du traitement par l'émétine, les selles deviennent moins fréquentes. Le 11 octobre, elles sont au nombre de 48 par vingt-quatre heures. Le 12 octobre, de 20. Le 13, le malade, qui n'a eu que cinq selles, voit son état s'améliorer, les douleurs s'atténuent, la fièvre disparaît. Sous l'influence de deux injections de sérum spécifique, l'une de 0 cc. 20 le 14, l'autre de 0 cc. 10 le 15 octobre, les selles redeviennent normales, et la guérison paraît assurée, lorsque, le 27 octobre, le malade, qui n'a jamais eu de rhumatisme et n'est pas syphilitique, ressent, tout le long de la crête tibiale et au niveau des muscles de la cuisse droite, une douleur aiguë et persistante, qui ne disparaît, au bout de quelques jours, qu'après des applications de salicylate de méthyle.

### Observation III

A..., cavalier au 19e dragons, âgé de 21 ans, malade depuis le 18 octobre, entre le 21 octobre 1914, à l'Hôpital Suburbain, salle Astruc.

Pas d'antécédents à signaler.

A l'examen, le ventre est assez douloureux, au niveau du côlon transverse et du côlon descendant. Le malade se plaint de coliques et de ténesme. Les selles, au nombre de

vingt par jour, sont sanguinolentes, la température est de 37°5.

La séro-réaction positive confirme le diagnostic de dysenterie bacillaire aiguë.

Le traitement par l'émétine diminue rapidement la fréquence des selles. Quatre du 21 au 22 octobre. Une seule, nocturne, le 25 octobre.

Le 26 octobre, on supprime l'émétine.

Le 26 novembre, A..., qui n'a pas d'antécédents rhumatismaux, présente tout d'abord une tuméfaction et un peu d'hydarthrose du genou droit, qui devient globuleux et douloureux. Le genou gauche se tuméfie peu après. La fièvre est peu élevé (37°8-37°9). Le cœur bat normalement.

Le 17 novembre, les membres supérieurs, les poignets, surtout à droite, sont le siège de violentes douleurs.

Le traitement employé, salicylate de méthyle localement, salicylate de soude et bicarbonate de soude à l'intérieur, a rapidement raison de cette complication.

### Observation IV

F. P..., âgé de 21 ans, soldat au 1er génie, entre à l'Hôpital Suburbain, salle Chaptal, pour une dysenterie aiguë, datant de huit jours, le 5 octobre 1914.

Il a fait, il y a six ans, de la péricardite et de l'ictère, sans qu'il y ait eu du rhumatisme antérieur.

Actuellement, on ne retrouve au cœur qu'un premier bruit sourd et prolongé; les espaces intercostaux ne sont pas sensibles. Par contre, le ventre est douloureux. Les selles sont fréquentes, mélangées de sang, accompagnées de ténesme et d'épreintes. La température oscille entre 38 degrés et 37 degrés, du soir au matin.

La séro-réaction et l'examen des fèces donnent des résultats négatifs.

Du 10 au 19 octobre. Le traitement par l'émétine, l'opium, les lavements au bleu de méthylène, améliore l'état du malade et fait tomber de quatorze à une le nombre des selles par vingt-quatre heures. L'émétine est supprimée.

Le 20 octobre. On constate un peu de muguet dans la bouche du malade.

Les jours suivants, la fréquence des selles augmente (4-2 par jour), pour revenir à la normale le 24 octobre.

Le 26 octobre. En raison d'une selle grise, on ajoute au traitement un peu d'extrait biliaire.

Le 27 octobre. Le genou gauche est douloureux au niveau, surtout, de la patte d'oie. Cette douleur est très superficielle.

Le 30 octobre. La douleur augmente et un léger mouvement fébrile se produit (38 degrés).

Le 1er novembre. La douleur diminue d'intensité; le malade guérit.

### Observation V

B..., sapeur au 1er génie, entre le 26 octobre 1914, à l'Hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur Carrieu, avec des symptômes de dysenterie aiguë, en voie de guérison, et des douleurs rhumatismales. La maladie remonte au 28 septembre 1914. A ce moment, elle était marquée par des selles fréquentes (60 par vingt-quatre heures); des coliques et du ténesme.

On ne trouve rien de particulier à signaler dans ses antécédents.

Actuellement, les phénomènes dysentériques se sont amendés. La séro-réaction et l'examen des fèces donnent des résultats négatifs.

Mais l'articulation du cou-de-pied gauche est enflée et légèrement douloureuse. Il y a un peu d'empâtement au niveau de la malléole externe. La fièvre est élevée (39 degrés). Le cœur est indemne, à part un léger souffle anémique à la base.

Grâce à l'action du salicylate de méthyle, la douleur s'atténue ; la fièvre disparaît.

Cependant, le 28 octobre, le genou droit devient douloureux, sans qu'il y ait pour cela du gonflement. Cet état persiste jusqu'au 20 novembre 1914, pour disparaître peu de jours après.

### Observation VI

A..., soldat au 81e régiment d'infanterie, âgé de 21 ans, entre à l'Hôpital Suburbain, salle Chaptal, le 7 octobre 1914, avec des symptômes de dysenterie aiguë datant de dix jours, et qui ont débuté assez violemment par des coliques, des selles fréquentes et mêlées de sang, des épreintes et de la fièvre (39 degrés-38 degrés).

Cependant, les phénomènes dysentériques se sont améliorés à son arrivée dans le service. Il ne signale rien de particulier dans ses antécédents.

L'examen des fèces et la séro-réaction donnent des résultats négatifs.

Du 9 au 15 octobre 1914, le traitement par l'émétine et l'opium réussit à diminuer la fréquence des selles, dont le sang disparaît au bout de trois jours.

Le 16 octobre, sans qu'il y ait jamais eu de précédents, le malade se plaint d'un lumbago assez intense, et, le 2 novembre, il souffre d'arthralgies multiples, surtout marquées au niveau des genoux et de l'épaule gauche. Cependant, on ne constate pas de gonflement de ces articulations,

mais seulement une douleur spontanée, qui s'exagère à la pression.

Le 3 novembre, on donne de l'aspirine, en raison de cette complication rhumatismale, qui disparaît en peu de jours.

### Observation VII

P..., soldat au 4e colonial, âgé de 22 ans, entre à l'Hôpital Suburbain, salle Chaptal, le 5 octobre 1914, pour des symptômes dysentériques, en même temps qu'une blessure à la main.

Pas d'antécédents à signaler, pas de séjour aux colonies.

Depuis une semaine, le malade souffre de coliques, de selles fréquentes et légèrement sanglantes, de ténesme et d'épreintes.

La séro-réaction et l'examen des selles donnent des résultats négatifs.

On donne du ratania et du quinquina le 13 octobre; les phénomènes dysentériques ont à peu près disparu. Les selles sont moins fréquentes (deux par vingt-quatre heures).

Mais, le 28 octobre, P... souffre d'un lumbago et d'un torticolis très intense qu'une médication salicylée fait rapidement disparaître. A aucun moment le malade n'a eu de la fièvre.

## ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Nous avons déjà montré, dans l'étude clinique du rhumatisme dysentérique, la coïncidence de la suppression des phénomènes dysentériques et de son apparition. Sans y voir pour cela une explication de cause à effet, comme Kelsh et Kiener l'ont fait, il nous semble cependant qu'il y a lieu d'en tenir compte comme d'une règle assez bien établie. L'âge du malade indique une plus forte proportion de jeunes et d'adultes, parmi lesquels les hommes semblent plus souvent atteints que les femmes.

Quand aux formes dysentériques, elles sont assez nombreuses pour qu'on les étudie en raison de la complication qui nous intéresse. En effet, la dysentérie est un syndrome plus qu'une maladie et, à côté de la dysenterie amibienne et de la dysenterie à bacille de Shiga, se trouvent de nombreuses variétés que les auteurs modernes ont mises en relief. Vincent, consacrant un article à la pluralité des dysenteries, conclut: « La dysenterie n'est pas une, elle est l'expression commune de plusieurs infections différentes, l'intestin ne saurait traduire, d'une façon propre à chaque germe, ses altérations. » On a isolé des selles de dysentériques des bacilles bien différents de ceux de Flexner et de Shiga. Celli et Fiocca en 1896, Roger en 1900, Oguta en 1892, Morel et Rieux en 1912 ont isolé des coli-bacilles dont la spécificité n'est pas encore démontrée.

Cependant, les cocci-bacilles étudiés par Lesage à l'Hôpital Saint-Mandrier, à Toulon, et les spirilles décrits par Le Dantec, dans une dysenterie qui sévit au Sud-Ouest de la France, semblent être, plus que les autres, des agents probables de dysenterie. Aussi peut-on dire qu'il y a des dysenteries microbiennes. Et celles-là, surtout, nous semblent susceptibles d'engendrer les complications rhumatismales. Nous avons, d'ailleurs, dans nos observations, de nombreuses entérites dysentériformes chez lesquelles la séro-réaction n'a pas donné de résultats positifs, pas plus d'ailleurs que l'examen des selles, et qui, cependant, par leurs symptômes et leur évolution clinique, sont bien de la dysenterie. Nous pouvons donc résumer tous ces faits en disant que la complication rhumatismale est surtout et presque uniquement liée à la dysenterie où le microbe est en cause.

Ceci nous explique, d'ailleurs, la pathogénie de cette complication. Si nous établissons une fois de plus les analogies qui existent avec le rhumatisme scarlatin, nous voyons que, chez ce dernier, l'agent morbide est une variété de streptocoque, dont MM. Louhartz et Raskin ont pu démontrer l'existence dans un épanchement séreux. Toutefois, pour admettre le rôle de ce microbe, sa démonstration n'est pas nécessaire. En effet, on sait que, dans de nombreux cas d'arthrite à pneumocoque ou à gonocoque, on n'a pu démontrer le germe dans le liquide de l'épanchement. D'après M. Bouchard, les arthrites consécutives à la scarlatine seraient des arthrites scarlatineuses, et on peut, semble-t-il, affirmer actuellement que le microbe déterminant la scarlatine est un streptocoque. MM. Berge et Comby ont, d'ailleurs, montré les analogies qui existent entre certaines manifestations streptococciques et scarlatineuses. Enfin, et ceci est d'une très grande importance,

MM. Foix et Mallein ont pu montrer, grâce à la réaction de fixation, des anticorps streptococciques dans le sérum des scarlatineux. Du reste, la clinique nous a fait connaître l'existence de manifestations communes au rhumatisme et à la streptococcie, c'est-à-dire des érythèmes, des arthropathies, des suppurations fréquentes. Il est difficile cependant de savoir pourquoi les localisations articulaires se montrent dans certains cas plutôt que dans d'autres, et si le microbe vient du naso-pharynx ou du sang.

Etant données l'analyse de toutes les causes de la dysenterie et l'énumération de germes que nous avons vu concourir à réaliser ce syndrome, nous pouvons nous poser les mêmes questions pour le rhumatisme dysentérique.

Tout d'abord, il est évident que la complication rhumatismale se rattache à l'affection dysentérique, l'analyse clinique seule en fournit la preuve jusque là ou le rhumatisme se trouve en liaison avec la dysenterie, ses caractères se particularisent. Mais si nous pensons que les divers colibacilles indiqués et le bacille de Flexner et de Shiga lui-même peuvent, aussi bien que le pneumocoque, produire des arthrites, nous devons nous demander si le streptocoque ne peut pas se surajouter à l'infection dominante pour produire l'arthropathie. Ici l'étude de l'épanchement ne nous donne pas plus de résultats que dans la scarlatine ou les autres arthrites rhumatismales, et, d'ailleurs, ce type séreux est le moins fréquent dans la dysenterie. Ce seul fait suffirait à différencier les deux rhumatismes, puisque le streptocoque et le rhumatisme tendent à l'arthropathie et à la suppuration. Ce n'est pas le cas dans la dysenterie, mais plutôt l'arthralgie qui semble la règle commune. Ainsi donc nous pensons que c'est au germe spécifique de l'affection que se rattachent, d'une façon directe, les causes de la complication rhumatismale.

Pour expliquer les douleurs et les arthrites qui nous occupent, nous devons invoquer les réactions que la toxémie engendre dans la moelle osseuse, le muscle et l'articulation au cours des maladies infectieuses en général et de la dysenterie et de la scarlatine en particulier, bien que ces affections ne subissent pas, autant que d'autres, la variole par exemple, des modifications aussi nettes. La moelle osseuse présente des remaniements du tissu cellulaire qui sont plutôt en rapport avèc la destruction qu'avec la production des éléments figurés du sang. Aussi, dans la scarlatine et la dysenterie, ne trouve-t-on qu'une réaction assez légère de la moelle osseuse.

Ces modifications expliquent cependant le rôle de douleurs ressenties dans la continuité des membres ou vers les épiphyses. Les douleurs musculaires peuvent être aussi bien reliées aux lésions diffuses, engendrées par l'action des toxines qui prennent naissance en un point quelconque de l'économie, dans l'intestin, si l'on envisage la dysenterie. En effet, l'action exercée sur le muscle par les toxines microbiennes a été étudiée par Roger à propos du *Bacillus coli-communis*, et l'injection de cette toxine a déterminé, chez la grenouille, un empoisonnement comprenant trois phases : une parésie initiale, des convulsions et, enfin, des paralysies. « De toutes ces expériences, écrit M. Roger, nous pouvons conclure que le coli-bacille sécrète dans le bouillon un poison qui frappe la moelle et agit sur le muscle, c'est-à-dire sur le tissu musculaire lui-même ou sur les terminaisons du nerf moteur. »

Cette expérimentation et ces conclusions nous sont d'autant plus précieuses qu'elles sont dues au coli-bacille, et de même que nous avons vu les analogies qui existent entre le streptocoque et la scarlatine, de même nous savons que, dans bien des cas, la dysenterie est due à un coli-bacille

ou, tout au moins, à un germe qui présente avec celui-ci des analogies remarquables d'action morbide, en mettant de côté les différenciations de laboratoire.

Enfin, à côté de ces lésions étendues à une grande partie de l'organisme par la toxémie, il nous reste à envisager les lésions locales plus circonscrites et plus profondes, en un mot, les arthrites. On pourrait penser qu'à la faveur de minuscules effractions de la séreuse intestinale, le microbe puisse être véhiculé dans le sang et venir former, au niveau de l'articulation, un deuxième foyer local. Nous savons bien, en effet, que le bacille dysentérique de Flexner et de Shiga se retrouve dans le sang où sa venue produit des anticorps spécifiques. Cependant cela n'explique pas les arthropathies véritables de la dysenterie, étant donnée la stérilité de l'épanchement. Mais il ne produit jamais de suppuration, et c'est exceptionnel qu'il se détermine l'énorme épanchement « faisant éclater la capsule », dont parle Trousseau. L'action du germe est vite limitée, et il semble qu'en quittant l'intestin, il perde de ses moyens d'action. Il n'en est pas de même pour l'amibe cantonnée dans le foie du dysentérique.

Ainsi nous pouvons, pour toutes ces raisons, conclure à une arthropathie qui a sa véritable origine dans la dysenterie dont la toxine et le bacille sont les producteurs, et que l'on peut décrire comme une complication de la dysenterie bacillaire, soit spécifique, soit colibacillaire ou spirillaire.

## BACTERIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons vu, dans les chapitres qui précèdent, que l'épanchement recueilli dans les arthrites de la dysenterie était stérile et par conséquent de pouvait donner lieu par elles-mêmes à des conclusions bactériologiques. Cependant, la clinique et la pathogénie nous ont permis de rapporter à la dysenterie les arthropathies que l'on observe à la fin de cette affection. Enfin, nous en sommes arrivée à cette conclusion que le rhumatisme dysentérique était dû à la dysenterie bacillaire. Or, malgré la stérilité du liquide ponctionné et les résultats négatifs de l'ensemencement, nous devons dire quelques mots des bacilles de la dysenterie, en laissant de côté l'*amiba dysenteriæ* de la dysenterie des pays chauds, qui nous intéresse peu dans la question qui nous occupe.

La dysenterie bacillaire, qui sévit de préférence dans les pays chauds, mais que l'on retrouve aussi sous les tropiques, est due à un bacille spécifique découvert par Chantemesse et Widal en 1888, identifié et bien étudié par Shiga, plus tard. Au cours de diverses épidémies, des recherches montrèrent qu'il n'était pas toujours égal à lui-même et que certains échantillons se différenciaient les uns des autres par certaines propriétés biologiques, c'est ce qui amena les écrivains allemand à décrire plusieurs bacilles dysentériques, opinion émise par Celli et Frocca, Roger, Orguta,

Mourel et Rieux, Lesage, qui décrivirent des formes particulières. D'après Dopter et Sacquepée, il faut considérer ces germes « comme les différentes races d'un seul et même bacille spécifique » et envisager les bacilles du type Shiga, du type Flexner, du type Hiss.

Le bacille dysentérique est un bâtonnet court de 1 à 3 μ, plus trapu et plus épais que le bacille typhique, il présente des mouvements d'oscillation sur lui-même, ne possède pas de cils, ne forme pas de spore. Il ne prend pas le Gram. Il cultive bien dans les milieux aérobies et anaérobies. Sa température optima est de 37 degrés. Nous ne nous étendrons pas sur ses caractères de cultures et ses propriétés biologiques, qui ne rentrent pas dans le cadre de ce travail. Nous retiendrons seulement ce fait important: « Le sérum d'un sujet infecté par le type Shiga agglutinera le Shiga et tous les germes qui rentrent dans ce groupe; mais il reste sans action sur les bacilles de Flexner et de Hiss.

« Inversement, le sérum d'un malade, infecté par un bacille autre que le Shiga, agglutinera les bacilles correspondants, mais ses propriétés agglutinatives seront nulles pour les germes du type Shiga. » (Martiné et Leutz.) Malgré les quelques exceptions que comporte cette règle, elle n'en reste pas moins d'une énorme importance. au point de vue diagnostic. Au point de vue thérapeutique, elle l'est moins. Comme nous le verrons à propos du traitement, c'est la conception d'un sérum monovalent qui a prévalu, et son application a donné de bons résultats.

Nous ajouterons, à ce rapide exposé, quelques mots sur la toxine dysentérique, dont nous exposerons seulement les effets pathogènes sur l'animal. Injectée seule dans les veines ou sous la peau des animaux, elle reproduit, d'une façon exacte, les symptômes et les lésions que l'on provo-

que avec des cultures vivantes. Ce fait permet d'expliquer la pathogénie de la dysenterie bacillaire humaine, le bacille, restant cantonné dans le gros intestin, y pullule et élabore une toxine qui diffuse dans l'organisme et y produit les phénomènes d'intoxication que l'on observe chaque fois.

Ces considérations nous permettent de confirmer ce que nous avons exposé au chapitre de la pathogénie. Ainsi c'est à une toxémie due au bacille de la dysenterie que sont dues ces complications rhumatismales. Voyons maintenant quelles sont les lésions qu'elle provoque.

Ces lésions, en général, ne sont pas très importantes ni très profondes, et on peut dire qu'elles se réduisent à de l'inflammation banale.

Dans la moelle osseuse, on peu trouver un léger degré de réaction, mais ce n'est pas la règle, et, en général, la moelle paraît normale. La toxine dysentérique agit sur le muscle, trouble son état fonctionnel en provoquant de la douleur, mais ces lésions légères et fugaces ne laissent pas de trace à l'autopsie. Enfin, les articulations atteintes ne présentent rien qui puisse être comparé au rhumatisme chronique ou à l'arthrite tuberculeuse ou autre. Là, encore, tout se borne à un processus inflammatoire qui disparaît en totalité, et c'est sur le vivant que l'on constate seulement les modifications circulatoires et tissulaires qui déterminent la rougeur de la peau, le gonflement et l'empâtement de l'article. Là, encore, se trouve la différenciation de cette complication rhumatismale d'avec le véritable rhumatisme.

## DIANOSTIC ET PRONOSTIC

En présence d'un dysentérique chez lequel se montrent les symptômes d'arthropathies, on peut se demander si l'on a affaire à une complication de l'affection ou à un rhumatisme évoluant pour son compte chez le malade. Les deux cas peuvent se présenter. Mais le dernier est plus rare.

Le rhumatisme dysentérique a un début moins violent. Les douleurs peuvent être vives et prolongées, mais elles n'acquièrent pas d'emblée le caractère d'intensité de la crise de rhumatisme essentiel. Cependant, ce caractère seul ne permettait pas d'établir une distinction nécessaire, pas plus d'ailleurs que l'épanchement intra-capsulaire ou les phénomènes inflammatoires dont l'articulation est le siège. Mais il y a lieu de noter, tout d'abord, l'instant où se développe la crise rhumatismale. C'est au moment de la convalescence, alors que le flux intestinal est aboli. La suppression des selles coïncide avec l'arrivée de l'arthralgie. Ce caractère est tellement constant qu'il a donné lieu à une théorie rhumatismale de la dysenterie. Mais, plus que la bénignité relative des symptômes locaux, le retentissement de la complication sur l'organisme est à noter. Peu ou presque pas de fièvre. Rien qui puisse rappeler les réactions générales du rhumatisme. Enfin, en outre de sa prédilection pour certaines articulations, parmi lesquelles se trouvent les genoux et les poignets, il faut surtout re-

marquer l'évolution rapide et sans intensité du rhumatisme dysentérique et son absence de complications cardiaques ou autres. Or le rhumatisme franc évolue rarement sans signaler son action, soit sur le péricarde, soit sur l'endocarde.

Ainsi donc, c'est par son allure habituellement bénigne et passagère, par le peu de gravité de ses symptômes, que l'arthropathie dysentérique se montre toujours égale à elle-même. Et si une douleur persistante peut faire penser, dans des cas exceptionnels, à une névrite, il est facile de s'apercevoir que, pour des raisons énoncées plus haut, ce diagnostic doit être écarté.

Enfin, certaines douleurs osseuses ont pu faire soupçonner la syphilis. Dans une de nos observations, cette hypothèse a été vite écartée, devant l'absence des signes caractéristiques de la spécificité.

La seule difficulté que l'on puisse avoir, est de déterminer la part de la névralgie ou de la douleur musculaire. Mais cette distinction a bien peu d'importance, et si la toxine dysentérique peut impressionner les terminaisons nerveuses du muscle, il est évident qu'elle peut provoquer des troubles, dans le nerf lui-même ; c'est donc à l'intensité des faits cliniques qu'il faut s'en rapporter, et le pronostic de ce rhumatisme tranche la question.

Ce pronostic est bénin. On pourra, en effet, compter, en peu de jours, sur l'atténuation des symptômes. Sous l'influence du traitement les douleurs disparaissent ou s'amendent, l'articulation, déformée momentanément, reprend son aspect normal. L'incapacité fonctionnelle du membre malade ne dure pas plus de deux ou trois semaines. Enfin, on peut assurer au malade un retour complet à la normale de ses mouvements. On ne doit redouter ni les complica-

tions cardiaques ni l'infirmité consécutive d'une articulation.

Il y a cependant des degrés dans l'appréciation du résultat à obtenir, au moins en ce qui concerne la durée de l'affection. Nous avons vu que, sauf raisons apparentes, une douleur peut persister plus d'un mois chez un dysentérique, alors que chez un autre elle n'excèdera pas une semaine. Enfin, il est certaines arthrites qui sont plus lentes que d'autres à résorber leur exsudat. On cite même (Debove et Achard) des arthropathies d'origine dysentérique à très longue évolution. Mais tout cela est exceptionnel. On peut dire que la myalgie et la douleur osseuse disparaissent au bout d'une semaine ou de quinze jours de traitement, et que l'arthropathie, elle-même, ne résiste pas plus d'un mois à la thérapeutique employée. Et, qu'en définitive, la complication rhumatismale est la moins nocive des complications de la dysenterie.

## TRAITEMENT

Nous insisterons, dans ce chapitre, sur le traitement employé contre la complication rhumatismale dans la dysenterie, et nous pourrions ajouter que la thérapeutique employée contre la dysenterie n'est pas utilisée contre le rhumatisme, puisqu'il arrive au moment de la convalescence. Mais comme nous pensons que sa relative bénignité est due en partie à une thérapeutique qui affaiblit l'action du bacille dysentérique, nous devons en dire quelques mots. Après quoi nous décrirons le traitement local et général employé contre l'arthropathie.

Avant les tentatives faites par Shiga, pour doter la pratique courante d'un sérum antidysentérique, les mêmes méthodes de traitement étaient employées contre la dysenterie bacillaire et amibienne. Depuis, on traite séparément les deux formes importantes de la dysenterie. La première, par le sérum spécifique, et, en France, on emploie celui de Vaillard et Dopter, obtenu par inoculation au cheval, sous la peau et dans les veines de cultures vivantes et de toxines; la seconde par divers médicaments, dont le plus important l'émétine, utilisée pour la première fois par Rogers, de Calcutta, a fait le sujet de nombreux et récents travaux, dont les plus importants sont dus, en France, à MM. Chauffard et Dopter.

Or, s'il semble bien établi que la sérothérapie doit rester

la méthode prépondérante utilisée contre la dysenterie bacillaire, il n'est pas moins vrai, qu'en l'absence de sérum, l'émétine peut rendre de très grands services. Dans toutes les observations que nous présentons, l'émétine a été employée chez presque tous les malades atteints de dysenterie aiguë bacillaire, et son action a déterminé une amélioration rapide et des résultats excellents.

Le sérum de Vaillard et Dopter a des effets préventifs et curatifs. Son action préventive ne dépasse pas une dizaine de jours. Son action curative amène la guérison, dans deux ou trois jours pour les cas moyens, trois ou quatre pour les cas sévères, cinq ou six jours pour les cas graves.

La dose à employer varie suivant la gravité des cas: Dans les formes moyennes 20 cc., dans les formes graves 30 cc. suffisent. Si dans les vingt-quatre heures, les symptômes ne sont amendés par les doses, il faut les renouveler. Les dysenteries graves nécessitent l'injection d'emblée de 40 à 60 cc., renouvelables les jours suivants. Enfin il ne faut pas hésiter, dans les cas extrêmement graves, à employer les doses de 80 à 100 cc. (Vaillard et Dopter.)

Le chlorhydrate d'émétine a fait délaisser le calomel, le simarouba, l'écorce de grenadier, le khosan; il dérive de la méthode de traitement de la dysenterie par l'ipéca (ipéca à la brésilienne), dont il est l'alcaloïde, principe actif. On l'utilise à la dose de 2 cc. à 50 cc.

Mais, à côté du sérum et de l'émétine, il est de précieux adjuvants, l'opium, par exemple, utilisé contre les douleurs abdominales, les lavements de bleu de méthylène, l'extrait de rathania, etc... Et si, dans le cours de la maladie, on est appelé ainsi à utiliser contre certains symptômes des drogues supplémentaires, on doit employer con-

tre le rhumatisme dysentérique, un traitement qui complète le traitement spécifique.

Ce traitement est à la fois interne et local.

A l'intérieur, on se trouvera bien du salicylate de soude, associé ou non au bicarbonate de soude, à la dose de 2 à 6 grammes, et de l'aspirine, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. en cachets; doses que l'on donnera prudemment, en évitant de les renouveller, dès l'atténuation des douleurs.

Au niveau du membre douloureux ou de l'articulation malade, il sera bon de faire des onctions de salicylate de méthyle, que l'on complètera par un enveloppement ouaté. Cette médication suffit dans la plupart des cas. Cependant, une piqûre de morphine (1 cc.) pourra lutter contre une douleur trop violente, et si l'épanchement et les phénomènes douloureux persistaient trop longtemps, on pourrait employer la révulsion, soit sous forme de pointes de feu, soit par l'emploi de sinapismes ou de mouches de Milan, appliqués au niveau de la partie malade. On ne trouva point de raison de ponctionner une arthrite, à moins d'un épanchement exceptionnellement volumineux. Mais la plupart du temps, ces procédés sont inutiles, et la médication salicylée suffira à amener la guérison du rhumatisme dysentérique.

## CONCLUSIONS

La complication rhumatismale dans la dysenterie est fréquente. Elle a donné lieu, autrefois, à une théorie rhumatismale de la dysenterie, et prend, dans certaines épidémies, un caractère particulièrement constant.

Elle se montre, au moment où les phénomènes dysentériques s'amendent et disparaissent, et siège au niveau des os, des muscles et des articulations.

Tantôt elle se manifeste uniquement par des douleurs violentes et persistantes, sans donner lieu à des signes apparents d'inflammation, tantôt elle détermine de véritables arthropathies, avec une prédilection marquée pour les genoux et les poignets. Ces arthrites se présentent avec de la rougeur de la peau, du gonflement des parties voisines de l'articulation, de l'épanchement intra-capsulaire.

Elles sont rarement mono-articulaires, mais n'atteignent pas, durant la crise rhumatismale, plus de deux ou trois articles.

Les réactions générales qu'elles occasionnent, sont, comme leurs réactions locales, bénignes et facilement curables. Leur durée n'excède pas, en général, un mois.

Elles n'entraînent avec elles aucune complication cardiaque.

On les observe surtout chez les adultes, et plutôt dans les formes bacillaires de l'affection que dans des formes amibiennes, et cela, depuis les dysenteries à bacille de Shiga, de Flexner et de His, jusqu'aux entérites dysentériformes.

mes, dont les germes ne sont pas encore nettement définis.

Par leur évolution clinique, par leur caractère morbide, elles rappelent, par analogie, le rhumatisme scarlatin. Comme lui, elles sont l'expression d'une toxémie due à une infection spécifique, aussi doit-on éviter de les considérer comme du rhumatisme franc greffé sur de la dysenterie.

Les douleurs osseuses et musculaires que provoque cette complication, ne laissent point de traces et la réaction qu'elles engendrent dans la moelle osseuse et le muscle ne dépassent pas les réactions habituelles de ces organes contre l'infection.

Il en est de même des arthrites, dont l'épanchement est stérile, et qui n'occasionnent dans le membre malade qu'une impotence fonctionnelle passagère.

Leur diagnostic est facile, puisqu'elles surviennent toujours pendant la convalescence du dysentérique et que leur bénignité et leur absence de lésions cardiaques, doit faire écarter l'idée du rhumatisme franc.

A leur propos, le pronostic est toujours bon.

Le traitement employé contre la dysenterie doit être mis en cause en raison du peu de gravité de cette complication, par le sérum de Vaillard et Dopter à la dose quotidienne de 0 cc. 20, par l'emploi du chlorhydrate d'émétine à la dose de 0 gr. 02, emploi que les résultats obtenus dans des cas de dysenterie bacillaire, justifie. La thérapeutique antidysentérique, prépare ses voies à la thérapeutique antirhumatismale.

Celle-ci trouve les meilleurs auxiliaires dans les médicaments salicylés employés localement et à l'intérieur. Localement, sous forme d'onctions au salicylate de méthyle; à l'intérieur sous forme de cachets de salicylate de soude aux doses de 4 à 6 grammes, associés ou non au bicarbonate de soude.

## BIBLIOGRAPHIE


Courtellemont et Jeunet. — Rhumatisme scarlatin. La Clinique, 4 novembre 1910.

Debove et Achard. — Maladies du tube digestif et du péritoine. Manuel de Médecine, 1896.

Dewevre. — Archives générales de médecine, 1886.

Dopter et Sacquepée. — Bactériologie, 1914.

Janselme et Rist. — Pathologie exotique, 1909.

Kelsch et Kiener. — Maladies des pays chauds.

Le Dantec. — Pathologie exotique, 1910.

Dopter. — Les dysenteries. O. Doin, Paris, 1910.

Low (G.-C.). — Arthrites. *In* Ep. J. Trop. M., London, 1914, XVIII.

Lunn (W.-E.-C.). — Toxaemie arthrites as a complication of acute dysenterie. I. Royal Army Med. Corps., London, 1914, XXII.

Roger. — Maladies infectieuses, t. II.

Trousseau. — Clinique de l'Hôtel-Dieu.

Verdun. — La dysenterie bacillaire. Th. Nancy, 1908.


---

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 12 décembre 1914,
*Le Recteur*,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 12 décembre 1914.
*Le Doyen*,
MAIRET.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*